

Literatur

- [1] *Jakubaschk, J.*, Patientenbestand, Aufenthaltsdauer und Wiederaufnahme-Raten – Indikatoren der Entwicklung in der stationären Behandlung? Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie 131 (1982), Heft 2. S. 261–288
- [2] *Wing, J.K. and Brown, G.W.*, Institutionalism and Schizophrenia. Cambridge University Press. 1970
- [3] *Dauwalder, H.P., Ciompi, L., Aebi, E., Hubschmid, T.*, Ein Forschungsprogramm zur Rehabilitation psychisch Kranker, IV. Untersuchung zur Rolle von Zukunftserwartungen bei chronisch Schizophrenen. Nervenarzt 55 (1984), 257–264
- [4] *Gmür, M.*, Schizophrenieverlauf und Entinstitutionalisierung. Ferdinand Enke, 1986
- [5] *Strauss, J.S. and Carpenter, T.*, The prognosis of schizophrenia: rationale for a multidimensional concept. Schizophrenia Bulletin 4 (1), 1978, 56–67

Der Berufsförderungskurs – erste Erfahrungen mit einem Rehabilitationsprogramm für psychiatrische Langzeitpatienten¹

Thomas Rüst

Sozialpsychiatrischer Dienst der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, Militärstrasse 8, 8021 Zürich

Einleitung

Berufliche und soziale Wiedereingliederung ist als Ziel psychiatrischer Rehabilitation kaum umstritten. Veränderungen gesellschaftlicher Rahmenbedingungen, insbesondere der Arbeitsmarktlage, stellen neue Anforderungen an ambulante und teilstationäre Rehabilitationseinrichtungen. Mit dem Übergang in die Rezession wurde erkennbar, dass zunehmend auch junge Patienten wegen ihrer Behinderung nicht mehr auf dem Arbeitsmarkt vermittelbar waren. Die Anforderungen der Arbeitswelt waren nach einem langen krankheitsbedingten Unterbruch schwerer zu bewältigen, Stellenabbrüche nahmen zu. Resignation und sich Abfinden mit minimalistischen Zielen waren oft die Folge, die Gefahr vorzeitiger Invalidisierung und Berentung (wie Bonss/Riedmüller und Müller/Worm für Deutschland belegen) war nicht von der Hand zu weisen. In psychiatrischen Institutionen und seitens der Invalidenversicherung wurde das Bedürfnis nach einer gezielten Förderung der Vermittlungs- und Ausbildungsfähigkeit in Ergänzung zur psychiatrischen Behandlung deutlich.

An der Tagesklinik des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich entstand 1982 die Idee eines Berufsförderungskurses (Uchtenhagen 1983). Wegleitend für die Erarbeitung des Konzeptes waren folgende Überlegungen:

- Kein therapeutisches Programm, sondern soziales Lernen soll im Hinblick auf alltägliche Arbeitsanforderungen im Vordergrund stehen, d.h. ein Kurs, in

- dem die Teilnehmer nicht auf ihre Symptomatik, sondern auf die Fähigkeiten zur Bewältigung funktionaler Behinderungen angesprochen werden.
 - Die Förderung instrumenteller und sozio-emotionaler Fähigkeiten soll gleichermassen berücksichtigt werden, aufbauend auf der Erfahrung, dass neben fachlichen Defiziten vor allem ungünstiges soziales Rollenverhalten die Chance zur beruflichen Wiedereingliederung reduziert (Watts 1978, Bennet 1978).
 - Die Selbstwahrnehmung eigener Fähigkeiten und Begrenzungen soll gefördert, die Auseinandersetzung mit der eigenen Behinderung unterstützt werden, um die Entscheidung für angemessene weitere Rehabilitationsschritte zu erleichtern.
 - Das gesamte Setting sowie Lern- und Arbeitsanforderungen sollen möglichst der Alltagswirklichkeit (ausserhalb psychiatrischer Institutionen) angepasst sein.
 - Das Resultat der Erprobung und Abklärung der Lern- und Leistungsfähigkeit soll sich in konkreten Entscheidungshilfen für Teilnehmer und Berufsberater der Invalidenversicherung niederschlagen.
- Seitens der IV wurde ein besonderes Bedürfnis nach Trainings- und Abklärungsmöglichkeiten in Büro- und Dienstleistungsberufen formuliert.

Das Kurskonzept

Seit 1983 werden jährlich 2 Kurse von je 20 Wochen Dauer für 12 Teilnehmer angeboten mit einer täglichen Arbeitszeit von 7 Stunden. Die Aufnahme der von der IV-Berufsberatungsstelle oder psychiatrischen Kliniken zugewiesenen Teilnehmer erfolgt nach einem eingehenden persönlichen Gespräch hauptsächlich auf Grund der Arbeitsanamnese und dem bisherigen Rehabilitationsverlauf.

* An der Realisierung des Projekts und der Nachuntersuchung waren gleichermassen beteiligt: Ch. Feller, W. Fuchs, M. Lüscher, Ch. Müller, K. Wyss; A. Uchtenhagen danken wir für Anregungen und Hinweise.

Der berufspraktische Programmteil (6 Halbtage pro Woche) umfasst ein praktisches Arbeitstraining, das exemplarisch im Bürobereich gewählt wurde (Auftragsarbeit von Institutionen der Klinik und von externen Firmen); dieses wird ergänzt durch Unterricht in einfachen kaufmännischen Grundkenntnissen, teils als Einührung, meist als Auffrischen und Üben und vor allem zur Abklärung der Lern- und Aufnahmefähigkeit. Ausserdem wird eine praxisorientierte Einführung in die Berufskunde angeboten.

Das Begleitprogramm (4 Halbtage pro Woche) soll Gelegenheiten geben, Erfahrungen und damit auch Schwierigkeiten und Konflikte aus dem aktuellen Kursgeschehen oder aus früheren Arbeitserfahrungen zu besprechen und bearbeiten, und es dient dem Training sozialer und kommunikativer Kompetenz. Neben Themen wie «Zusammenarbeit am Arbeitsplatz», «Umgang mit Medikamenten beim Arbeiten» oder Arbeitsgruppen zu lebenspraktischen Fragen aus dem Arbeitsrecht stehen Kommunikations- und Stellenbewerbungstraining, etc. Ein externes Volontariat nach 10 Kurswochen von 6 Wochen Dauer (erst halbtags, dann mit wöchentlichem Kurstag) ermöglicht den Teilnehmern, sich mit einer realistischen Arbeitserfahrung ausserhalb des Kurses auseinanderzusetzen. Dabei kann je nachdem der Trainingscharakter im bisherigen Berufsfeld im Vordergrund stehen oder die Möglichkeit, ein neues Berufsfeld im Hinblick auf eine mögliche Umschulung kennen zu lernen.

Regelmässig finden Standortgespräche statt, in denen anhand eines Einschätzungsbogens in Selbst- und Fremdeinschätzung Grundarbeitsfähigkeiten, Arbeitsrolle, Motivation, sozialer Umgang mit Kollegen und Vorgesetzten besprochen werden.

In den letzten Wochen wird mit dem Teilnehmer und in Zusammenarbeit mit dem Berufsberater der Invalidenversicherung ein Anschlussprogramm erarbeitet. Zu Händen dieses Berufsberaters wird ein Schlussbericht mit differenzierter Beschreibung von Arbeitsleistung, Arbeits- und Sozialverhalten und mit einer konkreten Empfehlung für das Anschlussprogramm verfasst.

Geleitet wird der Kurs durch ein sozialpädagogisch orientiertes interdisziplinäres Team, dem ein Psychiater in beratender Funktion angehört. Der Kurs wird durch das Bundesamt für Sozialversicherung subventioniert, die Teilnehmer erhalten während des Kurses in der Regel ein Taggeld der Invalidenversicherung.

Zwischenauswertung

a) Fragestellung und Methodik

Nach den ersten 5 Kursen wurde eine Konzeptüberprüfung vorgenommen und in diesem Zusammenhang eine begrenzte Nachuntersuchung der bisherigen Kursabsolventen angestellt. Diese galt einerseits Herkunft und Merkmalen der Teilnehmer, andererseits interessierte der Verlauf auf den beiden Rehabilitationsachsen Wohnen und Arbeiten (und damit auch

die Finanzierung des Lebensunterhaltes). Das Anliegen war ein pragmatisches, es ging um eine Bestandaufnahme. Bei der kleinen Grundgesamtheit und der kurzen Katamnesedauer schienen differenziertere Fragestellungen noch nicht sinnvoll.

Zur Datenerhebung wurden mit den bisherigen Absolventen strukturierte Interviews durchgeführt (meist im persönlichen Gespräch, einzelne telefonisch). Diese Angaben wurden anhand von Unterlagen und von Aussagen der IV-Regionalstelle ergänzt und überprüft. Krankheitsbezogene Informationen entnahmen wir den angeforderten Krankengeschichten der verschiedenen Behandlungsinstitutionen. Als Diagnose wurde diejenige verwardt, die der Teilnehmer bei seiner letzten Hospitalisation vor Aufnahme in den Kurs erhalten hatte.

Von 57 in den Kurs aufgenommenen Personen konnten 40 nachuntersucht werden; 3 hatten den Kurs gar nicht angetreten, 10 beendeten ihn frühzeitig, 2 verweigerten die Befragung, je eine war zum Erhebungszeitpunkt schwer erkrankt bzw. verstorben. Die Nachuntersuchung wurde unmittelbar nach Abschluss des fünften Kurses durchgeführt, die Katamnesedauer ist somit extrem unterschiedlich. Im Hinblick auf eine klarere Aussage wurden darum die Daten der Kurse 1-3 mit einer Katamnesedauer zwischen 14-24 Monaten getrennt ausgewertet.

b) Resultate

Herkunft und Merkmale der Teilnehmer: Von den 57 aufgenommenen Teilnehmern sind 51% Frauen und 49% Männer, das Durchschnittsalter bei Kursbeginn betrug 32,7 Jahre (die jüngste Teilnehmerin war 21, die älteste 55). Knapp $\frac{3}{4}$ waren ledig, alle anderen bis auf einen verheirateten Teilnehmer geschieden. 91% der Teilnehmer haben mindestens die Realschule abgeschlossen, der Mittelschüleranteil liegt mit 33% deutlich über dem schweizerischen Durchschnitt. 79% der Männer und 48% der Frauen haben einen berufsqualifizierenden Abschluss; 32% aller Teilnehmer haben 2-5 Jahre Berufserfahrung, weitere 42% über 5 Jahre.

Bei 75% der Teilnehmer wurde klinisch eine Schizophrenie oder eine affektive Psychose (in einem Fall) diagnostiziert, bei 20% Neurosen oder Persönlichkeitsstörungen, in einem Fall eine Suchtproblematik; die Diagnose eines Teilnehmers ist unbekannt. Die Gesamthospitalisierungszeit in psychiatrischen Kliniken betrug im Mittel 5 Jahre; 47.5 haben bei Kursbeginn mehr als 5 Hospitalisierungen hinter sich, nur 10% waren nie in stationärer Behandlung. Weder Dauer, noch Anzahl der Hospitalisierungen korrelieren dabei mit dem Alter.

Es handelt sich also um eine Population von jüngeren psychiatrischen Langzeitpatienten. Die vergleichsweise guten schulischen und durchschnittlichen beruflichen Voraussetzungen geben keine Hinweise auf besonders ausgeprägte prämorbid Handicaps.

A. Kurse 1-5
(N = 40) / Katamnesedauer zwischen 1 Monat und 2 Jahren

	4 Jahre vor BFK	2 Jahre vor BFK	während vor BFK	BFK	heute
allein	14 (35%)	12 (30%)	11 (27%)	17 (43%)	22 (55%)
mit Partner	9 (22%)	6 (15%)	3 (8%)	4 (10%)	4 (10%)
in WG	2 (5%)	2 (5%)	3 (8%)	5 (12%)	1 (3%)
bei Eltern betreut	9 (22%)	8 (20%)	7 (17%)	11 (27%)	4 (10%)
in Klinik	0	1 (3%)	1 (3%)	3 (8%)	3 (8%)
	6 (15%)	11 (27%)	15 (37%)	0	6 (15%)

B. Kurse 1-3
(N = 20) / Katamnesedauer zwischen 14 Monaten und 2 Jahren

	4 Jahre vor BFK	2 Jahre vor BFK	während vor BFK	BFK	heute
allein	7 (35%)	7 (35%)	6 (30%)	7 (35%)	13 (65%)
mit Partner	4 (20%)	3 (15%)	2 (10%)	2 (10%)	2 (10%)
in WG	1 (5%)	0	0	2 (10%)	0
bei Eltern betreut	6 (30%)	7 (35%)	4 (20%)	8 (40%)	1 (5%)
in Klinik	0	0	1 (5%)	1 (5%)	1 (5%)
	2 (10%)	3 (15%)	7 (35%)	0	3 (15%)

Tab. 1. Entwicklung der Wohnsituation.

Nach dem Berufsröderungskurs zeigt sich ein deutlicher Trend zum selbständigen Wohnen. Bei längerer Katamnesedauer trifft dies für ¼ der Absolventen zu. Die Vermittlung regulärer Stellen oder geschützter Arbeitsplätze unmittelbar im Anschluss an den Kurs ist die Ausnahme; die Anschlussprogramme bestehen zum grösseren Teil in Umschulung/Wiedereinschulung und in IV-finanzierten Arbeitsversuchen. Mit einer längeren Katamnesedauer zeigt sich aber, dass immerhin 40% wieder in einem normalen Arbeitsverhältnis stehen (Anmerkung zu Tab. 2B: der eine Teilnehmer in Umschulung absolviert eine normale Berufslehre).

Tab. 2. Entwicklung der Arbeitssituation

A. Kurse 1-5 (N = 40) / Katamnesedauer zwischen 1 Monat und über 2 Jahren

	4 Jahre vor BFK	2 Jahre vor BFK	vor BFK	Anschlusspr.	heute
Normales Arbeitsverh. / Grundausbildung	29 (72%)	17 (43%)	0	2 (5%)	9 (23%)
Umschulung / IV-finanz. Arbeitsvers.	0	0	0	24 (60%)	7 (18%)
geschützter Arbeitsplatz stellenlos	0	0	2 (5%)	3 (7%)	2 (5%)
stellenlos und in Klinik	5 (13%)	15 (37%)	24 (60%)	10 (25%)	16 (40%)
	6 (15%)	8 (20%)	14 (35%)	1 (2%)	6 (15%)

B. Kurse 1-3 (N = 20) / Katamnesedauer zwischen 14 Monaten und über 2 Jahren

	4 Jahre vor BFK	2 Jahre vor BFK	vor BFK	Anschlusspr.	heute
Normales Arbeitsverh. / Grundausbildung	15 (75%)	9 (45%)	0	1 (5%)	7 (35%)
Umschulung / IV-finanz. Arbeitsvers.	0	0	0	13 (65%)	1 (5%)
geschützter Arbeitsplatz stellenlos	0	0	2 (10%)	2 (10%)	2 (10%)
stellenlos und in Klinik	3 (15%)	8 (40%)	11 (55%)	4 (20%)	7 (35%)
	2 (10%)	3 (15%)	7 (35%)		3 (15%)

Ebenfalls 1/3 sind nach wie vor ohne Stelle; die Gesamtzahl aller regelmässig Beschäftigten nahm von 10% (vor dem Kurs) auf 50% zu. Vielfach gebrauchtes Mass für die Eingliederung ist auch die Herkunft der finanziellen Mittel zum Bestreiten des Lebensunterhaltes.

Ein Vergleich der finanziellen Situation vor und nach dem Berufsförderungskurs ergibt folgendes Bild:

vor BFK \ nach BFK	Lohn ohne Rente	Rente 50%	Rente 100%	Taggeld	private Mittel	Situation vor Kurs
Lohn ohne Rente		1				1 (5%)
Rente 50%		1				1 (5%)
Rente 100%		2	5			7 (35%)
Private Mittel	2	1	3	1	1	8 (40%)
Öffentl. Mittel	2			1		3 (15%)
Situation nach BFK	4 (20%)	5 (25%)	8 (40%)	2 (10%)	1 (5%)	20 (100%)

Tab. 3. Finanzielle Situation vor und nach dem BFK. Kurse 1-3 (N = 20) / Katamnesedauer zwischen 14 und 24 Monaten

Einschränkend muss hier darauf hingewiesen werden, dass die meisten Absolventen über mehrere Einkommensquellen verfügen, die Tabelle 5 weist aber primär alle Rentenempfänger aus und die Haupteinnahmequellen für Nichtrentner. Insbesondere bei Teilrentnern kann davon ausgegangen werden, dass sie auch ein entsprechendes Lohnarbeitseinkommen haben. Während vor dem Kurs nur 1 Teilnehmer ein Lohn-einkommen (ohne Rente) bezog (in einem beschützten Arbeitsverhältnis im Rahmen eines therapeutischen Programms), sind es mindestens 14 Monate nach Kursabschluss über 1/3 (die verdienenden Teilrentner einge-

geschlossen). Andererseits ist auch die Zahl der Rentner gestiegen. Die neu eingesetzten Renten spiegeln allerdings keine neue Unterstützungsbedürftigkeit, sondern ersetzen vor allem bisher eingesetzte private oder Fürsorgegelder. Ein normales Arbeitseinkommen erreichen vor allem die früher nicht berenteten Teilnehmer. Zwei Vollrentner konnten wieder eine Teilarbeitsfähigkeit erbringen, die eine Rentenkürzung erlaubte.

c) Diskussion

In vergleichbaren Arbeiten werden Klinikentlassung und Eingliederung in den Arbeitsprozess als Erfolgskriterien gewählt (Hubschmid 1986). 85% der Absolventen des Berufsförderungskurses leben nach dem Kurs ausserhalb einer Klinik, (8% in einem Wohnheim); von den Teilnehmern, die den Kurs mindestens 14 Monate vor der Erhebung abgeschlossen haben, sind die Hälfte in einen Arbeitsprozess eingegliedert, 1/3 davon an einem geschützten Arbeitsplatz. Wenn wir Rehabilitation als einen umfassenden Prozess verstehen, in dem wir psychiatrisch behinderten Menschen helfen, ihre verbleibenden Fähigkeiten bestmöglich auszuschöpfen, um in einer möglichst normalen Umgebung ihr Leben selbstverantwortlich zu gestalten (Bennet 1978), handelt es sich bei den obigen Daten um recht grobe Messwerte, auf die eine Erfolgsmessung nicht beschränkt werden darf. Immerhin geben sie einige Anhaltspunkte.

Im Arbeitsbereich fällt der hohe Anteil Stellenloser neben der kleinen Zahl an einem beschützten Arbeitsplatz Beschäftigter auf. Die Kategorie Stellenloser umfasst dabei nichtvermittelbare Rentner und arbeitslose Absolventen auf Stellensuche. Die Zahlen spiegeln auch die zunehmend schwierigere Situation im Bürobereich. Während die Anforderungen an Qualifikation, Flexibilität und Belastbarkeit steigen und viele weniger anspruchsvolle Stellen wegrationalisiert werden, ist das Angebot geschützter Arbeitsplätze in diesem Bereich ungenügend.

15% der Absolventen waren zum Erhebungszeitpunkt wieder hospitalisiert. Auch diese Zahlen sind differenziert zu betrachten und bedeuten nicht immer gescheiterte Rehabilitationsversuche. Uns sind mehrere Teilnehmer bekannt, die nach kurzen stationären Kriseninterventionen ihre Tätigkeit am Arbeitsplatz weiterführen konnten.

Der Trend zum selbständigen Wohnen dürfte mit vermehrter persönlicher aber auch mit grösserer finanzieller Selbständigkeit zusammenhängen. Die wachsende Zahl allein Wohnender (bis zu 1/4 der Nichthospitalisierten) verweist auch auf die grosse Isolation und Vereinzelung vieler ehemaliger Patienten.

Auffällig ist, dass es hauptsächlich den noch nicht berenteten Absolventen gelingt, ihren Lebensunterhalt gänzlich aus ihrem Arbeitseinkommen zu bestreiten. Die Schwierigkeit, als Behinderter auf ein sicheres Renteneinkommen wieder zu verzichten, dürfte hier zur Erklärung beitragen und legt die Notwendig-

keit sorgfältiger Abklärung möglicher Rehabilitations-schritte vor einer Berentung nahe.

Abschliessend sollen noch drei wichtige Erfahrungen aus der Arbeit in den Kursen genannt werden, die sich nicht aus den Daten ergeben:

- Im Verlauf der Kursarbeit ergab sich eine Tendenz zu zunehmender Strukturierung. Insbesondere das Begleitprogramm wandelte sich. Aus einem mehr therapeutisch gedachten «Auffangen persönlicher Probleme und Konflikte» wurde ein eigenständiges sozialpädagogisch konzipiertes Programm, in dem sich bei der Bearbeitung arbeitsbezogener Themen sachbezogenes Lernen und persönliche Auseinandersetzung verbinden. Zudem ergänzen Elemente eines eigentlichen Kommunikations- und Verhaltenstrainings zunehmend die Gruppengespräche.
- Obschon die unmittelbare Vermittlung auf einen festen Arbeitsplatz nach dem Kurs die Ausnahme bleibt, wurde auf eine Verlängerung des Programms verzichtet. Die schweizerische Regelung der Invalidenversicherung erlaubt, weitere Rehabilitations-schritte anzuschliessen und ermöglicht damit eine individuelle Planung des weiteren Rehabilitationsweges. Eine berufsorientierte ambulante Anschlussbegleitung durch Mitarbeiter des Berufsförderungskurses erwies sich aber als notwendig, um die Weitererprobung und Umsetzung der im Kurs gelernten Schritte zu unterstützen.
- In vielen Fällen wurde die Begrenzung rehabilitativer Arbeit deutlich, wenn Angehörige keinerlei Kenntnisse und damit oft stark divergierende Vorstellungen von den Rahmenbedingungen und Zielen des Kurses haben. Ein Angebot informativ konzipierter Angehörigentreffen ist daher geplant. Die Bildung von fortlaufenden Angehörigengruppen ist dabei nicht ausgeschlossen.

Auf dem hier skizzierten Konzept aufbauend sind inzwischen auch in St. Gallen und Basel Berufsförderungskurse eingerichtet worden.

Zusammenfassung

Ein neueres Programm zur beruflichen Rehabilitation psychiatrischer Langzeitpatienten aus nichtmanuellen Berufen wird vorgestellt. Ergebnisse einer begrenzten Nachuntersuchung der ersten 40 Absolventen und Erfahrungen aus der praktischen Tätigkeit werden diskutiert. 85% der Absolventen leben ausserhalb psychiatrischer Institutionen, 50% sind wieder regelmässig beschäftigt. Die hohe Zahl ausserhalb psychiatrischer Institutionen lebender weiterhin Stellenloser (35%) verweist auch auf das geringe Angebot geeigneter einfacher oder geschützter Arbeitsplätze im Bürobereich.

Résumé

Premières expériences avec un programme de réhabilitation professionnelle de patients à long terme

Nous présentons un nouveau programme concernant la réhabilitation professionnelle pour patients à long terme, se recrutant de professions non-manuelles. Nous discuterons ensuite les faits résultant d'une enquête poursuivie parmi les 40 premiers participants, ainsi que les expériences faites dans les domaines des activités pratiques.

85% des participants vivent en dehors d'une institution psychiatrique, dont 50% sont réintégrés dans un procès de travail professionnel régulier. 35% des patients vivant en dehors d'une institution psychiatrique se trouvent sans employe. Ce chiffre élevé démontre le manque de possibilité de travail de bureau adaptée.

Summary

The first experiences with a new programme to rehabilitate long-term, psychiatric patients

A new programme to rehabilitate long-term, psychiatric patients with non-manual professions is introduced. The results of a limited follow-up investigation of the first 40 participants and experiences in the practical work, are discussed. 85% of the participants live outside a psychiatric institution, 50% have regular employment again. The high number of those not living in an institution and still unemployed (35%) shows also that the number of available, suitable, simple or protected situations in offices, is low.

Literaturverzeichnis:

[1] *Bennet D H*: 'Social Forms or Psychiatric Treatment', in: Wing J K (ed.) Schizophrenia, Towards a new Synthesis, London 1978
 [2] *Bonss W, Riedmüller B*: Ausgrenzung von Arbeitskraft und Psychiatrisierung, in: Krise der Arbeitsgesellschaft, Verhandlungen des 21. Deutschen Soziologentages in Bamberg 1982, Frankfurt 1983
 [3] *Hubschmid, T*: Berufliche Wiedereingliederung von psychiatrischen Langzeitpatienten. Eine katamnestiche Untersuchung. Soc Psychiatry (1986) 21: 152–157
 [4] *Müller P, Worm M*: Arbeitslosigkeit bei psychisch Kranken. Psychiat Prax 14 (1987) 18–21
 [5] *Uchtenhagen A*: Die Tagesklinik als Instrument der Rehabilitation, in: Bosch G, Veltin A (Hrsg.) Die Tagesklinik als Teil der psychiatrischen Versorgung, Köln 1983
 [6] *Watts F N*: A study of work behaviour in a psychiatric rehabilitation unit. Br J soc clin Psychol (1978) 17, 85–92

Schizophrenieverlauf bei Ehekonstanz und Partnerverlust

Daniel Hell, Marcel Fürer

Kant. Psychiatrische Klinik Breitenau, 8200 Schaffhausen

Knapp jeder dritte hospitalisierte schizophrene Patient ist verheiratet (Bleuler, 1972, Fähndrich und Richter, 1986). Für die meisten unter ihnen ist der Ehepartner die engste und wichtigste Bezugsperson (Hell 1982). Die Reaktionsweise der Ehepartner auf die Erkrankung beeinflusst deshalb für einen wesentlichen Teil schizophrener Patienten die Ausgangsbedingungen für die eigene Auseinandersetzung mit der Behinderung. Der Einfluss der nächsten Bezugsperson auf den weiteren Krankheitsverlauf ist insbesondere durch die expressed-emotion-Forschung herausgearbeitet worden. (Übersicht bei Koenigsberg und Handley 1986). Die bisher durchgeführten Verlaufsuntersuchungen, gerade auch der EE-Forschung, haben sich allerdings mit verheirateten schizophrenen Menschen nur am Rande beschäftigt. Dadurch ist die Frage der Wechselwirkung zwischen Ehebeziehung und Schizophrenieverlauf weitgehend offen geblieben.

In einer ersten Veröffentlichung über eine prospektiv angelegte Studie an 52 verheirateten schizophrenen Patienten soll hier die Fünfjahreskatamnese dieser repräsentativ ausgewählten Patientengruppe bezüglich Krankheitsverlauf, Ehekonstanz und Partnerverlust dargestellt werden, ohne bereits auf eine feinere interaktionelle Analyse einzutreten.

Methode

Die Untersuchung wurde an der psychiatrischen Universitätsklinik Zürich durchgeführt und umfasst die verheirateten schizophrenen Patienten, die während eines Jahres (15. 10. 1979 bis 14. 10. 1980) ins «Burg- hölzli» eintraten und folgende Kriterien erfüllten:

1. Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie ICD 295.0–295.9 (9. Rev.)
 2. Alter des Patienten zwischen 20 und 65 Jahren
 3. Patient und Ehepartner sprechen deutsch.
- Auswahl, Repräsentanz und statistische Auswertung des Untersuchungskollektivs anlässlich der Indexhospitalisation ist ausführlich in «Ehen depressiver und schizophrener Menschen» (Hell 1982) beschrieben. Nach durchschnittlich fünf Jahren wurden die schizophrenen Probanden mit Hilfe eines einfachen Fragebogens zum Krankheitsverlauf und zur psychosozialen Situation nachuntersucht. Die Patienten wurden schriftlich angeschrieben. 32 schickten einen vollständig ausgefüllten Fragebogen zurück. 3 weitere konnten nach telefonischer Kontaktaufnahme zur Mitarbeit an der Nachuntersuchung bewogen werden. 5 Patienten (9,6%) waren verstorben (2 Suizidé) oder ins Ausland verreist, 8 Patienten (15,4%) verweigerten die Teilnahme, 3 Patienten (5,8%) waren unerreichbar und 1 Patient (1,9%) hatte einen psychotischen Rückfall, der eine Befragung verunmöglichte. Somit ergibt sich – bezogen auf 48 überlebende Probanden – eine Beteiligungsquote von 73% (ausführliche Angaben zum Untersuchungsablauf und zum verwendeten Untersuchungsinstrument finden sich bei Fürer 1987).

Resultate

Annähernd die Hälfte der nachuntersuchten Patienten (48,6%) wurde höchstens einmal, ein Viertel (25,7%) zweimal in der fünfjährigen Beobachtungszeit hospitalisiert. Bezüglich der gesamten Hospitalisationszeit war die Hälfte der Probanden (51,4%) weniger als